

ANNÉE 1942

N°

107

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André DUMEIGE

Né le 6 Avril 1913, à Arras (Pas-de-Calais)

Présentée et soutenue publiquement le **19 MAI 1942** 19

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT DES ULCÈRES
VARIQUEUX

Président de thèse : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1942

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : DUMEIGE.

Prénoms : André.

(éventuellement) :

Nom de jeune fille :

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre : 3^e Série, N° 46.

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

DUMEIGE (André). — Contribution à l'étude du traitement des ulcères variqueux. — *Paris, Lib. Le François*, 1942, in-8°, 56 p.

(*Th. méd. (Et.)*, Paris, 1942, N°).

DUMEIGE (André). — Contribution à l'étude du traitement des ulcères variqueux. — *Paris, Lib. Le François*, 1942, in-8°, 56 p.

(*Th. méd. (Et.)*, Paris, 1942, N°).

DUMEIGE (André). — Contribution à l'étude du traitement des ulcères variqueux. — *Paris, Lib. Le François*, 1942, in-8°, 56 p.

(*Th. méd. (Et.)*, Paris, 1942, N°).

DUMEIGE (André). — Contribution à l'étude du traitement des ulcères variqueux. — *Paris, Lib. Le François*, 1942, in-8°, 56 p.

(*Th. méd. (Et.)*, Paris, 1942, N°).

Nom du Candidat : DUMEIGE.

Prénoms : André.

(éventuellement)
Nom de jeune fille :

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre : 3. Série N. 18.

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la bibliothèque)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

ANNÉE 1942

N°

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André DUMEIGE

Né le 6 Avril 1913, à Arras (Pas-de-Calais)

Présentée et soutenue publiquement le

19

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT DES ULCÈRES
VARIQUEUX

Président de thèse : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1942

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale.....	QUÉNU.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée....	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
	ABRAMI.
	TIESSINGER.
Clinique médicale.....	HARVIER.
	PASTEUR-VALLERY-RADOT.
	CATHALA.
	ROBERT DEBRÉ.
	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hygiène et clinique de la première enfance	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies mentales et des ma-	LEMIERRE.
ladies de l'encéphale.....	MONDOR.
Clinique des maladies cutanées et syphi-	GOSSET.
litiques	CADENAT.
Clinique des maladies du système nerveux	LENCRMANT.
Clinique des maladies infectieuses.....	VELTER.
	CHEVASSU.
Clinique chirurgicale.....	COUVELAIRE.
	PORTES.
Clinique ophtalmologique.....	LEVY-SOLAL.
Clinique urologique	MOCQUOT.
Clinique d'accouchements.....	LEVEUF.
Clinique gynécologique.....	LOEPER.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	LEMATRE.
pédie	BROCC.
Clinique thérapeutique médicale.....	M. VILLARET.
Clinique oto-rhino-laryncologique.....	TROISIER.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	
Clinique propédeutique.....	MATHIEU.
Clinique de la Tuberculose.....	DONZELOT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	Clovis VINCENT.
dulte	N.
Clinique cardiologique	DOGNON.
Clinique de neuro-chirurgie	GIROUD.
Assistance Médico-Sociale.....	HAZARD.
	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.
Professeurs sans chaire.....	



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

MM.

Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale..... BARIETY.
 Pathologie médicale BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BESANÇON JUSTIN.
 Bactériologie..... BONNET.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Pathologie médicale..... BROUET.
 Histologie BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CACHERA.
 Anatomie CORDIER.
 Pathologie médicale COSTE.
 Urologie COUVELAIRE.
 Anatomie pathologique DELARUE.
 Pathologie médicale DELAY.
 Physique DESGREZ H.
 Médecine légale DESOILLE.
 Obstétrique DIGONNET.
 Physiquet..... DOGNON.
 Pathologie chirurgicale FEVRE.
 Pathologie chirurgicale.. FUNCK-BRENTANO
 Parasitologie GALLIARD.
 Pathologie médicale..... GARCIN.
 Anatomie pathologique . Mlle GAUTHIER-VILLARS

Pathologie médicale..... DE GENNES.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 Obstétrique LACOMME
 Obstétrique LANTUEJOUL.
 Parasitologie LAVIER.
 Pathologie médicale LELONG.
 Pathologie expérimentale LEMAIRE.
 Pathologie médicale LENEGRE.
 Pharmacologie Mlle J. LEVY.
 Pathologie médicale MARCHAL.
 Pathologie chirurgicale MENEGAUX.
 Pathologie médicale ... MOLLARET.
 Pathologie médicale MOUQUIN.
 Pathologie chirurgicale . PATEL.
 Pathologie chirurgicale . PETIT-DUTAILLIS.
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHET.
 Pathologie chirurgicale . SENEQUE.
 Pathologie chirurgicale . SICARD.
 Pathologie médicale SOULIE.
 Obstétrique SUREAU.
 Pathologie médicale TURPIN.
 Pathologie chirurgicale . WILMOTH.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Physiologie CHAILLEY-BERT.
 Obstétrique GUÉNIOT.
 Pathologie chirurgicale.. HEITZ-BOYER.
 Anatomie pathologique.. HUGUBIN.

Obstétrique LE LORIER.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 •Obstétrique VAUDESCAL.
 Médecine légale..... PIEDELIEVRE.

IV. — AGREGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.
ALAJOUANINE.
BRULÉ.
CHABROL.
CHEVALIER.
LAROCHÉ G.
LIAN.
MOREAU.
SEZARY.

Clinique
médicale.

MM.
BASSET.
GATELLIER
de GAUDART
d'ALLAINES
MOULONGUET
MOURE.

Clinique
chirurgicale.

MM.
ECALLE
VIGNES

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

Education physique.....
Radiologie clinique.....
Stomatologie.....
Puériculture.....

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé
LEDoux-LEBARD.
DECHAUME.
N...

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

*En témoignage de ma tendre
affection.*

A MA FEMME

A MA SCEUR

AUX MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques

avec nos sentiments de respectueuse et profonde gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR NEE

Chevalier de la Légion d'honneur
Directeur de l'Ecole de Médecine
Professeur de Clinique Médicale

A MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE L'ECOLE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE DE ROUEN

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE ROUEN

MONSIEUR LE DOCTEUR LECAPLAIN

Médecin des Hôpitaux (*in memoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR CASTAGNOL

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR TAMBAREAU

Chirurgien des Hôpitaux (*in memoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVE

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR PIERSON

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR LAURET

Accoucheur des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR JOUSEAUME

Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux

MESSIEURS LES DOCTEURS LACROIX ET REVERSE

Ophtalmologistes des Hôpitaux

A MESSIEURS LES DOCTEURS

POTÉZ, MARIE, STEWART, BILLIARD

Médecins des Hôpitaux

A MESSIEURS LES DOCTEURS

DESSAINT, HECART, THOREL, JOUENEAU

Chirurgiens des Hôpitaux

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales nous sommes heureux de témoigner ici notre reconnaissance aux Maîtres qui ont bien voulu nous guider dans nos études.

Que Monsieur le Professeur DÉVÉ veuille bien recevoir l'expression de notre très vive gratitude pour sa grande bonté et ses conseils de chaque jour.

MM. les Docteurs LAURET et PIERSON voudront bien agréer nos respectueux remerciements.

Nous remercions Monsieur le Docteur CASTAGNOL, Médecin des Hôpitaux, Chef du Service de Dermato-Vénéréologie, dont la haute expérience nous guida dans la rédaction de ce travail.

INTRODUCTION

L'ulcère de jambe, dit variqueux est une question qui pendant longtemps a été peu étudiée car tout semblait avoir été dit à ce sujet. Mais depuis quelques années l'étude des lésions concomitantes qui paraissent favoriser l'ulcère a bien été mis en lumière et a donné un regain d'actualité à la question.

De nombreux traitements ont été essayés pour la guérison des ulcères de jambe, la plupart étaient basés sur le repos, sur l'application de topiques antiseptiques désinfectant et isolant l'ulcère.

Comme beaucoup d'auteurs nous avons été frappé par la présence fréquente des lésions des tissus qui favorisent l'éclosion de l'ulcère et nous avons essayé d'appliquer un traitement modifiant la circulation de la région atteinte.

Notre attention avait d'ailleurs été attirée sur ce point par un article d'Eugène ROTIVAL dans la *Presse Médicale* du 6 décembre 1941 sur « le Traitement des ulcères de jambe atones par le massage de JACQUET-LEROY ».

Les résultats qu'il a obtenus nous ont incité à faire systématiquement, à tous nos ulcéreux, un traitement par massage.

Nous donnerons donc le résultat de nos observations obtenues sur des ulcères torpides par les traitements habituels associés aux procédés modifiant l'état général de la jambe : scarifications des bords de l'ulcère et massage du membre.

Ces traitements ont paru nous donner des guérisons plus rapides et plus durables que précédemment.

ETIOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Jusqu'à ces dernières années il était courant de faire jouer un rôle prépondérant aux varices dans l'éclosion de l'ulcère. La plupart des auteurs pensaient que les varices créaient des troubles trophiques et que c'est ceux-ci surtout qui, avec l'œdème, favorisaient l'éclosion de l'ulcère.

Ces théories furent exposées dans les thèses de CLERC (Paris, 1841), JOUSSEAUME (Paris, 1852) et RÉMY (1902).

TERRIER avait pensé qu'il préexistait une névrite variqueuse du sciatique comparable aux névrites qui persistent après les gelures.

Pour ces auteurs, les lésions de l'ulcère se localisaient à la partie inférieure de la jambe car en ce point la station debout favorise la stase veineuse.

Actuellement et c'est ce qui fait l'intérêt de la question, l'on s'est aperçu que les varices n'étaient pas tout dans la constitution de l'ulcère.

Certaines personnes porteuses de grosses varices n'ont pas d'ulcères et l'on constate des ulcères chez des gens n'ayant pas eu de varices. L'on a bien essayé

d'expliquer cette anomalie par la présence de varices profondes mais leur existence elle-même est loin d'être prouvée.

RAMEL, de Lausanne, a constaté que l'ulcère et les varices ne coexistaient que dans un tiers des cas environ.

JANSELME, en 1888, signale déjà les troubles de la pigmentation « Les macules purpuriques ne sont pas très rares sur les membres variqueux ».

GAUCHER, en 1898, rapporte l'existence de « purpura angioscléreux ».

C'est ce terme et celui d'eczéma variqueux que GOUGEROT emploie en 1921, pour rappeler les lésions sur lesquelles se développe l'« ulcération à bords cyanotiques consécutives à la nécrose par capillarite oblitérante ».

Depuis, GOUGEROT a insisté dans de nombreux articles sur le rôle des lésions des petits vaisseaux et sur le signe important qu'est le purpura. Il propose pour désigner ces états le terme de capillarite qui est maintenant adopté par tous.

FAVRE a montré aussi le rôle capital des petits vaisseaux du derme, il a signalé que la manifestation initiale réside dans le purpura et que les altérations de l'épiderme ne sont pas de l'eczéma mais de la parakératose.

Comme l'a montré GOUGEROT, l'altération des capillaires et des petits vaisseaux qui conditionne l'apparition de l'ulcère a une certaine uniformité qui contribue à donner son individualité anatomo-clinique au groupe des capillarites.

Si l'on étudie histologiquement l'élément lenticulaire isolé d'une dermite pigmentaire et purpurique, on constate que les capillaires sont presque toujours élargis au point de constituer parfois des sinus sanguins et de donner à la coupe un aspect angiomateux; il y a souvent une nombreuse formation de néo-capillaire. FAVRE insiste sur la présence de gros capillaires qui montent parallèles et serrés en faisceaux « de la profondeur du derme en suivant un trajet rectiligne jusqu'à la zone sous-capillaire ».

Les cellules endothéliales sont en général saillantes dans la lumière du vaisseau; leur noyau bombe et devient souvent pycnotique. Selon GOUGEROT, leur protoplasma est soit granuleux et basophile, soit anhyste et acidophile. Plus tard ces cellules peuvent se fondre en une masse homogène, hyaline, acidophile capable par son épaissement d'oblitérer la lumière vasculaire.

En même temps on constate des lésions péri-capillaires surtout dans les couches superficielles du derme, elles consistent principalement dans les granulomes hémorragiques de FAVRE.

A l'œdème péri-capillaire succède des infiltrats cellulaires formés par de petites cellules du type lymphocytes et plasmazelles auxquels se mélangent quelques polynucléaires. On rencontre aussi souvent des foyers formés par des cellules plus volumineuses d'origine histiocytaire; ces cellules en se tassant prennent une disposition épithélioïde. On trouve parfois dans ces amas épithélioïdes quelques cellules géantes du type Langhans.

Cette organisation tuberculoïde a été signalée par FAVRE et CHAIX, mais comme le fait remarquer GOUGEROT, on ne retrouve pas dans ces formations la disposition folliculaire caractéristique de la tuberculose.

A la longue, les réactions du tissu cellulaire se manifestent par un état de sclérose ou d'atrophie. Le derme est épaissi, cartonné sur une étendue variable, il ne se laisse plus détacher des plans profonds. Cette sclérose peut aboutir à un véritable état sclérodermique.

La fragilité des petits vaisseaux due à ces lésions entraîne des ruptures, donc des foyers hémorragiques en nappes ou en amas d'hématies contre la paroi des capillaires. Ces hématies, d'abord intactes, se fragmentent et se transforment en grains pigmentaires bruns, ferrugineux ; c'est l'hémosidérine.

La présence de ce pigment ferrique est si caractéristique des dermatoses avec extravasats sanguins qu'elle constitue ce que l'on appelle l'hémosidérose de PAUTRIER et DISS.

Souvent dans l'ulcère de jambe les altérations des capillaires sont peu accentuées, les lésions principales résident dans les extravasations sanguines péri-capillaires et dans les phénomènes de résorption de ces hémorragies.

Ultérieurement les lésions d'endocapillarite dominent et déterminent des thromboses plus ou moins étendues, la nutrition des tissus est compromise puis supprimée, des foyers de nécrose aboutissent à la formation de l'ulcère.

Pour GOUGEROT, comme pour FAVRE, les lésions des veines, les varices, ne sont qu'un phénomène associé, parfois postérieur à l'ulcère.

« En fait, dit FAVRE, un processus très général d'altérations vasculaires est la raison de la coexistence de ces deux sortes de manifestations (l'ulcère et les varices) comme aussi d'autres lésions souvent associées à l'ulcère des jambes ».

Les artères sont parfois sclérosées, dures, incrustées de sels calcaires que la radiographie met en évidence.

Les veines présentent tous les types de dilatation, tantôt amincies, tantôt épaissies. CHAIX signale la fréquence d'une méso-phlébite dissociante. Les nerfs présentent des lésions de névrite intersticielle avec sclérose intra ou extra-fasciculaire.

Le tissu cellulaire sous-cutané, les aponévroses et les muscles sont atteints par une forte infiltration scléreuse.

Les os et leur périoste présentent parfois des hyperostoses qui ont cette particularité de respecter les épiphyses.

En dehors de ces lésions il existe souvent des altérations plus profondes. Le membre atteint est le siège : soit d'une atrophie générale avec parfois décoloration et amaigrissement de la peau qui adhère à la crête-tibiale, soit d'une infiltration hypertrophique.

Dans ce cas la peau peut devenir verruqueuse, papillomateuse, pachydermique, surtout au voisinage de l'ulcère.

Les altérations peuvent même se manifester par

des troubles de la sensibilité, de la sudation qui montre que le système sympathique joue un certain rôle.

GOUGEROT a insisté sur la forme d'ulcère qu'il a appelé : ulcération à bords cyanotiques et purpuriques.

Le début se fait en général par une « tache blanchâtre de nécrosé de 2 à 5 mm., arrondie ou irrégulière, à bords nets, d'épiderme nécrosé encadré dans l'épiderme sain, se continuant avec lui ». Cette tache « irrégulière de forme, toujours superficielle, ne creusant pas en profondeur, s'accroissant par oblitération de proche en proche des capillaires superficiels ».

« Bientôt tout l'épiderme sphacélique est éliminé et il existe une ulcération plus ou moins large de 3 à 50 mm. rarement arrondie et régulière, habituellement irrégulière de forme... Les bords sont cyanotiques, rouge-violacés ou noir-bleu avec ou sans purpura ; ils sont nettement entaillés, tantôt légèrement décollés, tantôt adhérents ; le fond est plus ou moins creusé, rarement plus de 2 à 3 millimètres et plus ou moins mamelonné, bourgeonnant, blafard ou plus souvent cyanotique, parfois semé de points purpuriques ».

« L'ulcération à bords cyanotiques, en se sclérosant, en devenant chronique, aboutit à l'ulcère variqueux ».

En dehors de cette dermite purpurique et pigmentaire, d'autres lésions paraissent aussi une cause favorisante, c'est la sclérose variqueuse des sujets ayant eu une attaque de phlegmatia alba dolens.

Ce sont des placards allongés au niveau de l'axe du membre, déprimés à leur partie centrale avec décoloration et aspect brillant des téguments, infiltration dure et résistante consécutive aux périphlébites en plaques.

La dermite purpurique et pigmentaire, la périphlébite, la lymphangite et l'œdème provoquent l'état scléreux des jambes et de l'ulcère.

On peut donc rapprocher l'ulcère d'autres lésions viscérales qui peuvent coexister et qui donnent à cette question une importance générale.

Un fait qui avait été bien mis en lumière, surtout par SABOURAUD, c'est que les lésions histologiques de l'ulcère portent nettement la signature de l'inflammation. Il est certain que les poussées veineuses inflammatoires sont fréquentes dans les antécédents des ulcéreux et que souvent au cours d'un ulcère il se fait de nouvelles poussées s'accompagnant d'aggravation de celui-ci.

SABOURAUD attache une grosse importance à la flore microbienne rencontrée à la surface de l'ulcère. Pour lui l'étiologie microbienne est la plus fréquente et il n'hésite pas à parler de chancre streptococcique chronique, car cette flore, selon lui, serait surtout due au streptocoque.

Pour GLASEN, il s'y associerait souvent des bacilles tuberculeux et ce sont ceux-ci qui conféreraient à la lésion son allure torpide.

Différents auteurs : MARTHA, HERLICH, LOEWENFELD ont rencontré le streptocoque, le staphylocoque, le

pyocianique, le colibacille, mais il faut se demander si ces germes n'apparaissent pas que secondairement et en surface car les ponctions profondes de l'ulcère n'ont souvent donné que peu ou pas de microbes. Certains auteurs comme HUANT, dans la *Revue d'actinologie et d'actinothérapie* de 1936 mettent bien en lumière qu'il intervient toujours un facteur neuro-endocrinien important qui conditionne pour une grosse part la constitution de l'ulcère.

La stase veineuse qui provoquerait ou favoriserait l'infection chronique présuppose toujours un certain disfonctionnement neuro-végétatif.

Nous pensons néanmoins comme lui que les processus mécaniques d'hypertension ou de stase locale amèneraient soit une diminution, soit une disparition de la trophicité tissulaire directe ou de celle dépendant de l'irrigation capillaire et veineuse. Ces troubles favoriseront ou provoqueront une tendance à l'extension chronique de l'ulcère.

En résumé 3 éléments sont en présence : la stase veineuse prédisposant aux troubles secondaires ; les lésions capillaires surajoutées qui favorisent d'ailleurs la stase, et l'infection terminale.

Si ces causes jouent un grand rôle dans la constitution des ulcères de jambe, il est certain que les infections générales sont souvent à rechercher comme étiologie.

La tuberculose et la sporotrichose ont été citées mais il est certain que c'est la syphilis qui nous paraît être de beaucoup la cause prépondérante. Celle-ci

doit toujours être recherchée, d'abord par un examen clinique approfondi et ensuite systématiquement par recherche des réactions sérologiques.

Il ne faudra pas d'ailleurs s'abstenir de tout traitement anti-syphilitique en cas de sérologie négative car dans les syphilis anciennes, à la période tertiaire, il peut se faire que les réactions sérologiques accrochent mal et que l'on ait des réactions négatives malgré une étiologie syphilitique.

ETUDE DES DIFFERENTS TRAITEMENTS EMPLOYES

Ce qui frappe c'est que le traitement des ulcères a fait peu de progrès jusqu'à ces dernières années, on a surtout cherché la désinfection de l'ulcère sans essayer de traitement sur les causes qui avaient pu créer les lésions.

On désinfectait par le vin aromatique ou autres topiques et ce n'est que récemment que l'on a essayé les traitements pouvant modifier l'état local du membre.

A la fin du siècle dernier, on a employé les greffes par la méthode de Reverdin, mais il y avait une grosse difficulté dans la prise des greffes du fait que l'on arrivait difficilement au nettoyage complet de l'ulcère, d'autre part, les causes locales persistant, l'ulcère se reformait malgré les greffes.

Les premiers essais de modification de l'état général ont été faits lorsqu'on a essayé les injections d'insuline. Pautrier a été le promoteur de cette méthode.

Le traitement insulinique institué par Ambard et

Pautrier chez leurs malades consistait chez les uns en injections hypodermiques accompagnées de pansements locaux à l'insuline liquide ; chez les autres en poudrage d'insuline.

Certains auteurs prétendent que les succès obtenus avec les solutions d'insuline ne seraient dus qu'à l'acidité de la solution, et ceux obtenus avec la poudre d'insuline qu'à la lactose adjointe à la poudre.

Cependant les traitements par injections intramusculaire prouvent que l'insuline agit par son action générale sur l'organisme.

Nous avons employé l'insuline en injection intramusculaire à raison de 20 unités tous les deux jours, nous n'avons pas eu l'impression que la guérison était plus rapide.

Nous avons employé aussi la pommade à l'insuline sans que nous ayons constaté de meilleurs résultats.

Nous nous rallions à l'opinion de Gaté et Barral, qui pensent que l'efficacité de l'insuline est due à son action générale sur le métabolisme des glucides, qu'elle régularise lorsqu'il est troublé. C'est donc un thérapeutique d'ordre spécifique dont les résultats d'ailleurs ne sont pas aussi constants que le traitement anti-syphilitique chez les syphilitiques porteurs d'ulcères avec dermite pigmentée et purpurique et lésions ostéopériostées.

Nous avons assisté dans le service de dermatologie de Rouen à des essais de pommade à l'extrait de larves de mouches préconisés par les auteurs américains. Une pommade spécialisée contenant des ex-

traits a été appliquée sur des ulcères, elle n'a pas donné de résultats bien satisfaisants.

On a tenté aussi de modifier le terrain sur lequel évoluent les ulcères de jambe par la sympathectomie.

La vasodilatation qui en résulte produit une augmentation du débit artériel favorisant ainsi la cicatrisation de l'ulcère, mais cette vasodilatation ne persiste qu'2 ou 3 semaines et ce laps de temps est souvent trop court pour permettre une bonne cicatrisation.

D'autre part, l'intervention n'est pas sans danger.

Dans le même ordre d'idées certains auteurs ont pensé qu'une vasodilatation suffisamment prolongée permettrait une cicatrisation plus solide ; c'est ainsi que l'on a employé l'acétylcholine en injections hypodermiques. Certains auteurs comme Daïmow ont obtenu de très bons résultats (17 guérisons sur 18 cas traités), mais Gaté et Barral disent n'avoir pas obtenu les mêmes succès ; pour eux l'acétylcholine, agent vasodilatateur, serait incapable d'agir sur des vaisseaux rigides et imperméables qui ne présentent pas de spasmes.

A côté de ce vasodilatateur chimique d'autres auteurs ont employé un agent physique de vasodilatation, la diathermie ; mais comme le font remarquer les auteurs cités précédemment, celle-ci ne peut exercer son action que sur des vaisseaux dont la paroi n'est point altérée organiquement. En général les résultats obtenus par la diathermie ont été très inconstants ; d'autres moyens physiothé-

rapiques : rayons infra-rouges, ultra-violets, ondes courtes n'ont pas donné plus de succès.

Le terrain peut enfin être modifié par des moyens organiques : les extraits opothérapiques ont été employés par différents auteurs mais là les indications sont encore bien imprécises.

Nous avons essayé et continuons dans certains cas les injections sclérosantes qui ont paru donner de bons résultats quand la circulation profonde est bonne chez des malades porteurs de grosses varices, mais nous avons constaté à deux reprises une poussée de phlébite chez des malades ayant eu antérieurement une phlébite variqueuse, l'un d'eux n'avait pas présenté de poussée depuis 6 ans.

Nous avons employé diverses solutions : le cyanure de mercure, le salicylate de soude, la solution d'urée-uréthane, mais nous donnons la préférence à la solution iodo-iodurée de Gram selon la formule suivante :

Iode métaloïdique	1 Ctgr.
Iodure de potassium	2 Ctgr.
eau distillée	1 Cm ³

Cette solution ne nous a jamais donné d'incidents à la dose de 1 cc à 2 cc, d'ailleurs Ravault l'employait à dose plus forte (10 cc) et l'avait conseillée comme traitement interne des trichophyties suppurées. Nous avons traité selon cette méthode deux sujets, mais nous avons constaté une sclérose des veines des bras des malades rendant la continuation du traitement difficile.

Il est évident que cette méthode ne donnera que des insuccès dans les grands ulcères à bords calleux avec dermato-sclérose de toute la base du membre.

Comme traitements locaux les pansements isolant l'ulcère et comprimant le membre nous ont paru un gros progrès.

Nous avons employé primitivement la botte de Unna à la colle de zinc mais actuellement nous l'avons délaissée pour employer le traitement de Bourgraff qui nous paraît être un des meilleurs traitements antipulatoires de l'ulcère.

Mais si cette méthode permet de cicatriser les ulcères tout en faisant marcher les malades, elle n'échappe pas au reproche d'être une méthode locale ne visant qu'à désinfecter et cicatriser l'ulcère lui-même et n'ayant qu'une action modificatrice faible sur l'état circulatoire du membre atteint.

Les récidives nous ont paru aussi rapides et fréquentes que par les autres traitements.

C'est pour ces raisons que nous avons essayé en même temps que nous traitions l'ulcère de modifier l'état local du membre et de la peau.

Nous employons la méthode de scarifications linéaires quadrillées telle que l'a créée Vidal. Cette méthode consiste essentiellement à couvrir les bords calleux de l'ulcère de petites incisions parallèles séparées les unes des autres par un intervalle de $1/2$ mm., nous croisons cette première couche d'une deuxième couche d'incisions composées de coupures parallèles entre elles comme celles de la première et

croisant ces dernières à angle aigu de façon à former des losanges.

Nous ferons remarquer que Brocq dans son traité de dermatologie pratique a décrit minutieusement la méthode et constatait déjà qu'elle donnait des résultats remarquables dans tous les ulcères atones et dans les divers états éléphantiasiques des téguments.

Le seul reproche que l'on peut faire à la méthode est qu'elle est assez douloureuse, aussi chez des malades particulièrement sensibles avons-nous remplacé avantageusement les scarifications par un étincelage des bords de l'ulcère.

En même temps, de façon à créer de la vasodilatation au niveau du membre, nous avons pratiqué systématiquement tous les 2 jours des massages légers de tout le membre atteint suivant la méthode de Jaquet-Leroy.

TRAITEMENT

Le traitement que nous employons est schématiquement le suivant :

D'abord désinfection de l'ulcère.

Pour cela nous avons employé primitivement des pansements soit à l'eau d'Alibour au 1/3, soit au permanganate au millième, soit au Néol.

Mais actuellement nous croyons préférable de faire donner des bains de jambe de 20 minutes chaque jour avec une solution de permanganate à 1 pour 5.000.

Lorsque l'ulcère est très infecté nous faisons faire pour la journée des badigeonnages de mercurochrome à 1 pour 300 et en tous cas nous faisons appliquer en permanence un pansement soit avec de l'huile de foie de morue, soit avec de l'huile goménolée à 5 %.

Quand la désinfection nous paraît suffisante nous cessons les bains de permanganate et en même temps qu'un pansement local à l'huile de foie de morue, ou à la pâte ichtyolée, nous commençons le traitement de réparation en faisant des séances de scarifications tous les 5 jours et des massages tous les 2 jours.

Au cas où la surface de l'ulcère paraît trop bourgeonnante nous faisons sur celui-ci des attouchements au nitrate d'argent en solution concentrée (au dixième le plus souvent).

Sous l'influence de ce traitement la cicatrisation s'effectue très rapidement et à chaque pansement nous voyons souvent le liseré épidermique gagner rapidement et réduire les dimensions de l'ulcère.

L'ulcère étant bien désinfecté et en bonne voie de guérison, nous commençons alors, si le malade n'a pas eu de phlébite antérieure, à scléroser les paquets variqueux dans le territoire de l'ulcère, en prenant soin de cesser les massages pendant quelques jours et d'éviter dans les massages ultérieurs de traumatiser les varices.

Lorsque la cicatrisation est presque complète nous tenons à signaler que le poudrage en couche épaisse de toute la surface de l'ulcère par le sous-carbonate de fer nous a paru donner d'excellents résultats et terminer souvent la cicatrisation de la plaie.

En terminant nous ferons remarquer que la syphilis nous paraît jouer un rôle important dans la genèse de certains ulcères. Sa fréquence a été discutée et si certains auteurs y trouvent une cause étiologique prépondérante, d'autres croient au contraire que son rôle a été exagéré dans la constitution des ulcères. En tous cas il faut toujours y penser dans les ulcères ne siégeant pas au lieu d'élection et ne coïncidant pas avec des varices.

Nous insistons de nouveau sur ce fait que la sérologie n'est souvent pas d'un grand secours.

Il faudra donc surtout se baser sur l'examen clinique complet du malade et rechercher systématiquement tous les stigmates qui pourraient faire penser à la possibilité de cette affection.

Dans ce cas il ne faudra pas hésiter à faire au malade un traitement prolongé à titre de traitement d'épreuve.

Nous employons le bismuth et surtout le cyanure de mercure car, comme l'ont d'ailleurs déjà mis en évidence les ophtalmologistes qui ont obtenu de bons résultats avec ce dernier même en l'absence d'une étiologie spécifique, il paraît avoir une action sur l'état général de la circulation en plus de son action antisypilitique.

Nous associons ou faisons suivre les cures de sels mercuriels d'injections tous les 2 jours d'acétylcholine à la dose de 10 ctgr pour activer l'action vasodilatatrice sur le membre atteint.

Comme beaucoup d'auteurs l'ont déjà signalé, nous avons obtenu, dans ces cas, des résultats intéressants.

OBSERVATIONS

N° 1 (*Personnelle*).

Madame G..., 58 ans, vient consulter le 10 janvier 1942 parce qu'elle présente depuis 3 semaines un ulcère à la face interne de la jambe gauche. Elle avait déjà présenté 2 ans auparavant un ulcère siégeant au même endroit, cet ulcère traité par des pommades calmantes avait mis 4 mois à guérir et des douleurs persistaient au niveau de la jambe.

L'examen général de la malade ne révèle rien d'anormal.

La tension artérielle est de 14,8 au Pachon, aucun stigmate de syphilis, la prise de sang est négative.

L'examen des membres montre une varice au mollet droit.

L'ulcère siège à 1 cm. au-dessous de la malléole interne à grand axe horizontal de 3 cm. de long sur 2 cm. de large, ulcère creusé à fond sanieux, à bords surélevés, et déchiqueté. Il est très douloureux. La circulation de la jambe nous paraît normale, mais la région de la peau siégeant autour de l'ulcère est blanchâtre et sur la face inférieure de la jambe nous constatons la présence d'une dermite pigmentaire et purpurique.

Nous conseillons le repos, des pansements au permanganate de potasse au millième pendant quelques jours.

Le 10 janvier le fond de l'ulcère est nettoyé mais le décollement des bords persiste et la lésion est très douloureuse.

Nous faisons continuer les pansements au permanganate de potasse pendant 20 minutes chaque jour et faisons appliquer pour le reste de la journée des couches de gaze imbibées d'huile de foie de morue.

Le 16 janvier nous commençons à faire sur tout le pourtour de l'ulcère des scarifications linéaires quadrillées après avoir appliqué sur la plaie pendant 1/4 d'heure du coton imbibé de stovaine au centième de façon à rendre l'intervention moins douloureuse. En même temps nous faisons faire tous les 2 jours des massages de toute la surface du membre.

Le 28 janvier nous constatons que l'ulcère est moins douloureux et que surtout à la face postérieure de la lésion les bords sont à pic et que le liseré épidermique a gagné 3 mm.

Nous continuons le traitement pendant trois semaines, à ce moment l'ulcère est considérablement réduit, la malade marche sans douleur et la palpation de la région est moins sensible. Nous constatons de plus que la dermite purpurique a pâli et la couleur du membre nous paraît normale.

Le 20 février nous renvoyons la malade, l'ulcère est presque complètement cicatrisé, et permet à la malade de reprendre ses occupations. Il reste au centre une partie non épidermée ronde de 6 mm. de diamètre.

A ce moment, tout en continuant les massages, nous faisons appliquer en permanence une couche épaisse de sous-carbonate de fer.

Le 2 mars l'ulcère est complètement cicatrisé, la cicatrice est souple. La guérison complète est obtenue.

° N° 2 (*Personnelle*).

N..., bûcheron âgé de 44 ans, entre dans le service le 1^{er} décembre 1941 parce qu'il présente un ulcère à la jambe droite datant de 1 mois.

A l'interrogatoire le malade nous dit avoir eu à plusieurs reprises des ulcères aux deux jambes. Le premier est survenu il y a 10 ans à la suite d'un choc par une bûche sur sa jambe droite.

A l'examen général il s'agit d'un homme bien portant dont l'état des organes paraît normal.

Le foie ne débord pas, n'est pas douloureux. Poumons et cœur normaux ainsi que les réflexes.

La tension artérielle est de 17,9 au Pachon.

Il n'y a ni albumine, ni sucre dans les urines.

A l'examen des membres inférieurs l'on ne constate pas de varices apparentes, la peau au niveau de la partie supérieure des jambes est normale, seule au 1/3 inférieur celles-ci présentent des zones blanchâtres siégeant surtout à la partie interne, l'aspect des téguments est légèrement sérodermique. Nous ne notons pas de dermite pigmentaire et purpurique.

Le malade nie tout antécédent spécifique, nous ne voyons aucune cicatrice suspecte aux organes génitaux ni sur le reste du corps, pas de leucoplasie.

Une prise de sang donne B W —, Kahn —, Vernes : 0
glycémie 0,80 0/00, urée : 0,40.

L'ulcère dont il se plaint siège au niveau de la malléole interne de la jambe droite et forme une ulcération ronde de 5 cm. de diamètre à bords épais taillés à pic, scléreux comme d'ailleurs le tissu qui entoure l'ulcère.

Le fond est sanieux, recouvert d'enduit purulent et de lambeaux de tissus sphacelés.

Il est évident que si les scarifications pourront agir

sur les bords immédiats de l'ulcère, il faudra essayer de modifier la sclérodémie du membre par des massages.

Le 2 décembre nous commençons la désinfection par des bains journaliers au permanganate à 1 pour 5.000, suivie de pansements renouvelés fréquemment avec du permanganate à 1 pour 2.000.

Sous l'influence de ce traitement le fond de l'ulcère se déterge rapidement et laisse apparaître un fond bourgeonnant, couleur chair musculaire, saignant facilement.

Nous faisons alors des pansements tous les deux jours par la méthode ambulatoire de Bourgraff.

Le 15 décembre la tendance à l'épidermisation est assez faible et l'ulcère n'a que peu diminué de diamètre, nous commençons alors un traitement par scarifications tous les 5 jours des bords de l'ulcère et par massages de la jambe tous les deux jours.

Le 30 décembre l'ulcère est diminué de moitié, la peau au pourtour s'est légèrement assouplie.

Le 5 janvier la surface cruantée bourgeonnant un peu, nous faisons sur celle-ci des attouchements au nitrate d'argent au dixième en évitant de toucher les bords.

Le 15 janvier l'ulcère n'a plus que 1/2 cm. de diamètre, nous faisons de nouveau des attouchements au nitrate d'argent tout en continuant scarifications et massages.

Le 22 janvier l'ulcère est complètement cicatrisé ; la peau encore sclérodémique est cependant plus souple.

La guérison a été obtenue par 18 séances de massages et 7 séances de scarifications.

N° 3 (*Personnelle*).

S..., âgé de 50 ans, entre dans le service le 20 décembre 1941 pour ulcère de la jambe gauche.

Cet ulcère date de 1925, après divers traitements infructueux dont le malade ne peut donner de détails, des greffes ont été essayées en 1937, mais la guérison ne s'est maintenue que 3 mois.

L'examen général ne révèle que des signes de bronchite que le malade dit avoir tous les hivers depuis des années.

Rien d'anormal ni au point de vue cardiaque, ni au point de vue digestif. Les réflexes sont normaux.

La tention artérielle est de 16,7.

Il n'y a ni albumine, ni sucre dans les urines.

A l'examen des membres inférieurs on constate l'état variqueux de toute la sphère interne de la jambe gauche, sur la face antérieure de cette jambe, du bord supérieur de l'ulcère au genou, la peau présente une parakératose psoriasiforme.

Le malade ne présente aucun stigmate de syphilis.

Les séro-réactions syphilitiques sont négatives.

La glycémie est de 0,80 0/00, l'urée de 0,45.

L'ulcère occupe tout le 1/3 inférieur de la jambe face interne, antérieure et externe. Il mesure 20 cm. de haut sur la face interne et antérieure et 13 cm. sur la face externe. Un greffon grand comme une pièce de 50 centimes occupe encore le milieu de l'ulcère.

Les bords sont durs, calleux, taillés à pic ; du fond assez régulier sort une sérosité trouble, sur tout le pourtour de l'ulcère il y a une zone sélerodermique d'environ 4 cm.

La désinfection de l'ulcère est aussitôt entreprise par des bains de permanganate à 1 pour 5.000.

Le 26 décembre l'ulcère est désinfecté, nous commençons les applications de pâte ichtyolée, les massages tous les 2 jours pendant 10 minutes et les scarifications tous les 5 jours.

Le 10 janvier l'ulcère n'a plus que 13 cm. de haut au lieu de 20 cm.

Le 20 janvier nous notons encore une grosse amélioration.

Le 30 janvier l'ulcère a maintenant une forme ovulaire à grand axe vertical et mesure 5 cm. sur 3 cm.

Le 10 février nous constatons la fermeture complète de cette vaste ulcération, la cicatrice est souple, non adhérente.

22 séances de massages et 8 de scarifications ont donné ce résultat.

N° 4 (*Personnelle*).

L..., âgé de 41 ans entre dans le service le 16 décembre 1941 pour ulcère à la jambe gauche survenu après une blessure il y a 6 mois. Il n'avait jamais présenté d'ulcère auparavant.

L'examen général du malade nous montre un homme de forte constitution. Poumons et cœur sont normaux, le foie déborde d'un travers de doigt. Les réflexes sont normaux. La tension artérielle est de 15/7.

Pas d'albumine, ni de sucre dans les urines.

Aucun antécédent spécifique, pas de cicatrice aux organes génitaux, ni sur le reste du corps, pas de leucoplasie.

Les séro-réactions syphilitiques sont négatives.

La glycémie est de 0,80 0/00, l'urée : 0,40.

L'ulcère siège dans le 1/3 inférieur de la jambe gauche sur la face interne et antérieure ; haut de 15 cm., il est traversé en diagonale par un pont de peau relativement saine d'environ 1 cm. de large.

Les bords sont durs, taillés à pic ; le fond est irrégulier, sanieux.

Nous désinfectons cet ulcère par des bains de 20 minutes tous les jours au permanganate à 1 pour 5.000,

en quelques jours le nettoyage est accompli. Le 20 janvier des pansements à l'huile de foie de morue sont appliqués, les massages et les scarifications sont commencés.

Le 30 décembre le pont épidermique qui avait 1 cm. de large a maintenant 3 cm. de large en moyenne.

Le 10 janvier le vaste ulcère du début a fait place à deux ulcérations presque rondes de 5 cm. de diamètre.

Le 20 janvier les ulcères n'ont plus que 2 cm. 1/2 de diamètre.

Nous appliquons alors une couche épaisse de sous-carbonate de fer.

Le 25 janvier un des deux ulcères est complètement refermé. L'autre n'est plus qu'une petite ulcération de 1/2 centimètre de diamètre.

Le 29 janvier le deuxième est à son tour cicatrisé.

En 40 jours environ la guérison a été obtenue avec 18 séances de massages et 7 séances de scarifications.

Le 11 mars le malade revient à la consultation pour gale ; nous examinons ses jambes, la cicatrice de l'ulcère est souple et solide.

N° 5 (*Personnelle*).

L..., âgé de 50 ans, entre dans le service le 19 décembre 1941 pour ulcère à la jambe droite qui date de 1936.

A l'examen général, nous ne voyons rien d'anormal du côté des poumons, du cœur et de l'appareil digestif. Les réflexes sont normaux. Le malade nous signale qu'il a parfois des crises hémorroïdaires, l'anus est en effet entouré d'hémorroïdes qui ne sont pas turgescents actuellement. Nous constatons des varices sur la face interne des deux mollets. Nous ne voyons aucun signe de syphilis ancienne. BW — Kahn — Verne 0.

La glycémie : 0,90 0/00 ; l'urée : 0,45, pas d'albumine ni de sucre dans les urines.

La tension artérielle est de 15, 6.

L'ulcère occupe les faces internes et postérieures du 1/3 inférieur de la jambe droite, il a 10 cm. de haut et 15 cm. de large.

Ses bords sont durs, calleux, taillés à pic.

Le fond est très irrégulier, profond par endroits de 5 mm., sanieux, recouvert de lambeaux sphacelés et dégageant une odeur infecte.

Sur toute la partie inférieure de la jambe la peau est sclérodermique.

Nous faisons désinfecter l'ulcère par des bains de jambe de 20 minutes tous les jours avec du permanganate à 1 pour 5.000, et par des pansements au permanganate au millième.

Le 29 décembre l'ulcère étant bien nettoyé, nous commençons le traitement de réparation ; application de pâte ichtyolée, massage du membre tous les 2 jours et scarifications des bords de l'ulcère tous les 5 jours.

Le 10 janvier l'ulcère a déjà bien diminué ; de 10 cm. de haut sur 15 de large, il est passé à 8 cm. de haut sur 10 de large.

Le 20 janvier des ponts épidermiques se sont formés, nous avons maintenant à la place du grand ulcère 3 petits ulcères : deux ronds de 2 cm. de diamètre et 1 ovale à grand axe vertical de 7 cm. de haut sur 3 cm. de large.

Le 30 janvier les 2 petits ulcères sont refermés. L'ulcère ovale a 4 cm. de haut sur 1 cm. 1/2 de large.

Le 10 février il reste une ulcération de 1 cm. 1/2 de diamètre, nous appliquons alors du sous-carbonate de fer.

Le 16 février tout est cicatrisé.

Il a fallu 23 séances de massage et 8 séances de scarifications pour refermer cet ulcère.

N° 6 (*Personnelle*).

F..., 61 ans, entre dans le service le 3 janvier pour ulcères des deux jambes datant de 1 mois. Le malade dit avoir des ulcères depuis 20 ans, le dernier s'était refermé en juillet 1940.

L'examen général nous montre un homme amaigri, qui dit d'ailleurs se sentir affaibli.

Poumons et cœur sont normaux, le foie ne déborde pas, les réflexes sont normaux. Il n'y a pas d'albumine ni de sucre dans les urines. Il n'y a pas trace de syphilis ancienne.

Les séro-réactions syphilitiques sont négatives.

La glycémie est de 0,70 0/00 ; l'urée 0,60.

La tension artérielle est de 18,7.

L'examen des membres montre des varices sur les faces internes et postérieures des deux jambes.

Sur la face interne dans le 1/3 inférieur de la jambe droite siège un ulcère ovalaire à grand axe vertical haut de 14 cm., large de 7 cm.

Les bords sont scléreux, blanchâtres, taillés à pic.

Le fond irrégulier, bosselé, présente peu d'infection, mais l'ulcère est très douloureux.

Toute la moitié inférieure de la jambe présente un épiderme infiltré difficilement mobilisable sur le plan profond.

La jambe gauche présente deux ulcères sur sa face interne. L'un, rond immédiatement au-dessus de la malléole interne de 4 cm. de diamètre.

L'autre à 8 cm. au-dessus du premier de forme ovalaire à grand axe oblique long de 7 cm. et large de 3 cm.

Ces deux ulcères gauche sont apparus 15 jours avant celui de la jambe droite, ils ont tous trois le même aspect, mais la jambe gauche est encore plus œdématiée, elle présente de la dermite pigmentaire et cinq cicatrices blanchâtres, traces d'anciens ulcères.

Comme il y a peu d'infection nous faisons appliquer des pansements au permanganate à 1 pour 1.000.

Le 7 janvier nous appliquons des pansements à la pâte ichtyolée, nous commençons une séance de massages sur les deux membres et de scarifications au pourtour des ulcères.

Le 20 janvier, le petit ulcère de la jambe gauche qui mesurait 5 cm. de diamètre est cicatrisé; celui situé au-dessus n'a plus que 3 cm. de haut sur 2 cm. de large; l'ulcère de la jambe droite se trouve séparé en deux par un pont épidermique de 2 cm. 1/2 de large.

Le 27 janvier, l'ulcère de la jambe gauche est cicatrisé, à la jambe droite il reste une ulcération ronde de 2 cm. de diamètre qui se ferme à son tour le 2 février après 10 séances de massage.

N° 7. (Personnelle).

Madame L..., 61 ans, entre dans le service le 27 décembre pour ulcère des deux jambes, datant de 1936 dont la fermeture ne peut être obtenue qu'après 2 mois 1/2 de repos et qui récidive régulièrement 1 mois plus tard.

L'examen général montre des poumons normaux, des bruits du cœur assourdis, un foie ne débordant pas, des réflexes normaux.

Il n'y a ni albumine, ni sucre dans les urines.

La glycémie est de 0,78 0/00; l'urée: 0,60.

La tension artérielle est de 17, 6.

On ne voit aucun signe de syphilis, les réactions sérologiques sont négatives.

L'examen des membres montre des varices nombreuses sur les deux jambes. Ces varices datent de son unique grossesse il y a 40 ans.

Le membre inférieur gauche est œdématisé : les téguments sont épaissis et infiltrés ; l'ulcère siège à la face interne du 1/3 inférieur de la jambe de forme ovale à grand axe vertical haut de 8 cm., large de 4 cm.

Les bords sont surélevés, taillés à pic, scléreux.

Le fond sanieux, couvert de granulation jaunâtre, dégageant une mauvaise odeur. La jambe droite est moins œdématisée, elle présente des cordons variqueux indurés, la peau environnant l'ulcère présente de la dermite pigmentée et de la sclérose.

L'ulcère, rond de 4 cm. de diamètre, siège sur la malleole interne ; à bords peu élevés, taillés à pic, à fond sanieux et légèrement bourgeonnant.

La désinfection de ces ulcères par les bains de permanganate à 1 pour 5.000 est aussitôt entreprise.

Le 3 janvier le fond des ulcères ayant un bon aspect, chair musculaire ne dégageant plus de mauvaise odeur, nous entreprenons le traitement de réparation par des pansements à la pâte ichtyolée, des massages des membres tous les 2 jours et des scarifications tous les 5 jours.

Le 15 janvier, l'œdème de la jambe gauche a considérablement diminué, le liseré épidermique de l'ulcère a gagné 1 cm.

La peau entourant l'ulcère de la jambe droite devient un peu plus souple. Celui-ci a maintenant 3 cm. 1/2 de diamètre, le fond ayant tendance à bourgeonner. Nous le badigeonnons avec une solution de nitrate d'argent au dixième.

Le 1^{er} février l'ulcère de la jambe gauche a 3 cm. de long sur 1 cm. de large ; l'œdème de la jambe est complètement disparu.

L'ulcère de la jambe droite a 5 mm. de diamètre, la peau environnante est rosée ; elle ne présente plus de traces de dermite pigmentée.

Le 7 février. L'ulcération de la maléole interne de la jambe droite est complètement cicatrisée.

Le 9 février. La malade demande à sortir, nous appliquons une botte de Unna. Nous lui conseillons de revenir tous les huit jours pour changer cette botte.

Le 2 mars. L'ulcère de la jambe gauche est à son tour cicatrisé.

N° 8 (ROTIVAL, in *Presse médicale*, 3-6 déc. 1941).

R..., âgé de 60 ans, entre dans le service le 9 août 1940 pour des ulcères de jambe récidivant depuis 1922, que seul a pu guérir en 1934 un traitement ambulatoire par bottes de Unna, appliquées par le Docteur Bérù à l'hôpital Cochin pendant six mois. La guérison s'est maintenue pendant cinq ans, les jambes restant comprimées dans la journée par des bandes élastiques.

L'ulcère actuel est apparu en juillet 1940, à la suite d'un traumatisme suivi d'un gros hématome infecté. La réaction de Wassermann était négative, mais il y avait 3 gr. de sucre dans les urines avec une glycémie à 1 gr. 04.

Le 10 septembre 1940, malgré le repos au lit, la désinfection et les nitratages, l'ulcère demeure atone. Il mesure 7 cm. 5 de long, 2 cm. 5 de large et 1 cm. de profondeur. Il n'a aucune tendance à la cicatrisation, malgré la disparition de la glycosurie. Le traitement par le massage est alors commencé.

Le 14 septembre, après quatre séances, la cicatrisation est déjà très active. Un pont épidermique s'est formé, coupant l'ulcère en deux parties.

Le 26 septembre, l'ulcère ne mesure plus que 3 cm. de long sur 4 mm. de large.

Du 1^{er} au 25 octobre, 5 massages ont été faits. La cica-

trisation était complète le 20 octobre et le malade quittait l'hôpital le 25 octobre.

Quinze massages ont obtenu la guérison en quarante-cinq jours.

N° 9 (ROTIVAL, in *Presse médicale*, 3-6 déc. 1941).

C..., âgé de 74 ans, entre dans le service le 11 juin 1940 pour un ulcère variqueux de la jambe gauche apparu au mois de janvier 1940. Ulcère récidivant depuis 1930.

Il y a cinq ans, ce malade a été traité par une sympathectomie périartérielle, qui fut suivie d'une amélioration transitoire.

Le 30 septembre 1940, malgré le traitement habituel, l'ulcère est atone, sans tendance à la cicatrisation. Il mesure 3 cm. 5 de long sur 1 cm. 5 de large. Sa profondeur est de 1 cm. 5 au point le plus creux, au centre. On commence le massage.

Dès la première semaine de ce traitement, cicatrisation de plus de la moitié de la surface de l'ulcère.

Le 27 octobre, le malade quitte l'hôpital guéri. Il a suffi de 15 séances de massage faites en vingt-cinq jours.

N° 10 (ROTIVAL, in *Presse médicale*, 3-6 déc. 1941).

N..., âgé de 70 ans. Gros ulcère à cheval sur la crête tibiale droite. Tibia déformé en lame de sabre ; pas d'ostéite sous-jacente à l'ulcère. Séro-réactions syphilitiques négatives.

L'affection date du mois de juillet 1940. Le malade est venu se faire soigner à l'hôpital Saint-Louis où des pansements au collargol et au permanganate ont été prescrits sans amener d'amélioration.

Hospitalisé le 2 septembre 1940, il est mis au repos au lit avec le traitement antimicrobien local habituel (crème de Dalibour). La lésion, de forme irrégulièrement ovalaire, mesure 10 cm. de haut sur 8 cm. de large.

Dès le 16 septembre, à cause de l'aspect atone de l'ulcère qui ne montre aucune tendance à la cicatrisation, on commence le massage.

Le 19 décembre, après 34 séances de massage, quelques nitratages et des pansements au seul tulle gras, la cicatrisation est complète.

CONCLUSIONS

L'ulcère de jambe nous paraît être l'aboutissement de troubles de la circulation du membre, troubles imputables aux lésions capillaires que Gougerot et Touraine ont bien mis en évidence.

Ces lésions de capillarite chronique s'accompagnent d'ailleurs souvent d'hémorragies intersticielles, intra-dermiques péricapillaires dues à la rupture de la paroi des petits vaisseaux, c'est ce qui explique la fréquence de l'angiodermite purpurique et pigmentée chez les ulcéreux.

A ces troubles s'associent de la sclérosé conjonctive avec raréfaction du tissu élastique et souvent de l'artériolite, de la périphlébite, de la phlébite des veinules et de la lymphangite.

Ces causes créent ainsi les conditions nécessaires à la formation de l'ulcère et favorisent ultérieurement son infection.

De ce fait s'il ne faut pas négliger l'étude de l'état général du sujet et rechercher par une enquête humorale, cardiologique et radiologique les infections générales, il faut essayer de modifier par une thérapeutique appropriée la circulation du membre atteint.

Il nous paraît donc rationnel, après avoir tenté de diminuer ou de supprimer l'infection qui se rencontre toujours au niveau de l'ulcère, d'employer secondairement des moyens capables de modifier la circulation capillaire et veineuse du membre en associant aux traitements locaux les scarifications des bords de l'ulcère et les massages du membre.

Exceptionnellement dans le même but lorsque l'infection aura disparu et que l'ulcère sera presque cicatrisé on pourra recourir avec prudence aux injections sclérosantes.

Ces procédés que nous avons employé dans le service de dermatologie des Hôpitaux de Rouen nous ont paru donner des résultats rapides durables et plus constants que les autres traitements.

Vu : le Doyen de la Faculté,
BAUDOUIN.

Vu : le Président de thèse,
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Gilbert GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

- E, K. WALLIS. — Treatment of chronic ulcer of leg, with formula for modified Unna's aste. (*U. S. V. et Bur. M. Bull.* 6 : 130-131, février 1930).
- AMBART et SCHMIT. — Ulcères de jambe guéris par l'insuline. Réflexions. (*Bulletins de la Société française de dermat.*, 1925, n° 3, 18 janvier, p. 55).
- A. ARDOINO. — La simpatectomia périartériosa associata a trapianti dermo épidermici nella cura delle ulceri da varici. (*Policlino (sez Prat.)* 44 : 1265-1267).
- F. AREL. — Periarterial sympathectomy and Thierach graft in therapy of varicose veins. (*Türk tib. cem. Med.*, 3 : 394-395, 1937).
- ARNAULT-TZANCK et NERET M. L. — Ulcères de jambe traités localement par l'huile de Fletan (vitamine A). (*Sté dermatol. syphil. Scé du 10-6-1937*. In : *Bull. soc. dermatol. syphil. Scé du 10-6-1937*. In : *Bull. soc. dermatol. syphil.*, n° 6, juin 1937).
- R. AUBOUIN. — Le traitement des ulcères variqueux par le pansement de Unna (Haubourg). (Thèse, Paris, 1897 (1896-1897), n° 140).

A. BACHARACH. — Botte ambulatoire et injections phlébo-sclérosantes dans le traitement de l'ulcère variqueux. (*Progrès méd.*, p. 508-512, 18-3-33).

BAIOCCHI. — Traitement ambulatoire de l'ulcère de jambe, de quelques ulcérations d'étiologie diverse et des plaies en général. (*Rivista di chir.*, n° 4, avril 1938).

BERRUT. — Traitement ambulatoire des ulcères de jambe, (*Le lien médical*, fév. 1933, n° 2). (*Courrier médical*, 16 avril 1933, n° 16).

J. CAHEN et P. HOUSSA. — Résultats de la sympathectomie périartérielle dans quelques cas d'ulcères chroniques de jambe. (*Sté Belge de Chirurg.* séance du 26-2-38, in *Bruxelles Médical*, n° 23, 10-4-38).

J. CAHEN et P. HOUSSA. — Résultats de la sympathectomie péri-artérielle dans quelques cas d'ulcères chroniques de jambe. (*Le Scalpel*, n° 37, p. 1195, 10-9-38).

E. R. CAMPBELL. — Use of Unna's paste bandage in treatment of pathological conditions of lower extremities (*J. Tennessee M. A.* 27 : 252-256, july 1934).

DEL CAMPO. — Ulcères variqueux de la jambe, modifiés par l'insuline. (*Bruxelles Médical*, 1927, p. 836).

N. CAPRIOLI. — Sulla cura ambulatoria dell'ulcus cruris col beandaggio alla colla di zinco (Unna-Clasen). (*Rassegna Internaz. di clin. e terap.*, 13 : 851-854, Aug. 31, 1932).

CAVALUCCI. — Sur le traitement des eczéma et ulcères variqueux par les injections sclérosantes. (*Riforma Méd.*, n° 51, 21 déc., 1929, p. 1722).

CHAIX. — Thèse Lyon, 1926.

- COSTESCU et TUDOR. — Ulcère chronique de jambe consécutif à une artérite post-typhique : guérison par sympathectomie lombaire. (*Revista de Chirurgie*, n^{os} 3-4, 1935).
- R. A. CUTTING. — Chronic leg ulcers ; treatment with Unna's paste boot. (*Am. J. Surg.* 8 : 743-749, avril 1930).
- DAINOW. — *Ann. de dermat. et syph.*, n^o 3, mars 1930.
- P. DAVID. — Sur le traitement ambulatoire des ulcères de jambe chez les vieillards. (*Journ. des sc. méd. de Lille*, 30 juin 1934, n^o 26).
- P. DURAND. — Traitement des ulcères variqueux par les applications d'huile de foie de morue ; et la compression locale par plaque de zinc. (*La Presse méd.*, n^o 104, 29 déc. 1937, p. 1894).
- FAURE-BEAULIEU et DAVID. — L'insuline dans le traitement des ulcères de jambe. (*Bull. et Mem. Soc. méd. hôpitaux de Paris*, 1925, 12 juin, page 892).
- FAVRE et JOSSEMAND. — *Nouvelle pratique dermatologique* T : V, p. 431.
- A. FINOT. — L'huile de foie de morue en usage externe (*Rev. thérap. des Alcaloïdes*, Avril 1938, p. 119).
- P. LE FLOCH. — Le traitement ambulatoire des ulcères variqueux. (*Arch. hospital*, Mai 1934).
- L. ALONSO GARCIA et E. LLUESMA URANGA. — La simpatectomia química anestésica de Olivares. (*Medicina Madrid*, 6 : 202-213, sept. 1935).
- GATÉ et BARRAL. — Ulcères de jambe et insuline. — (*Ann. de dermat. et syphil.*, 1931, T. 11, pp. 665-683).

GATÉ et BARRAL. — Remarques sur le traitement des ulcères de jambe par l'insuline à propos de 19 cas. — (*La Presse Médicale*, 1^{er} février 1930, n° 10).

GATÉ et BARRAL. — Remarques sur le traitement des ulcères de jambe à propos de 19 cas. — (*Lyon Médical*, n° 16, février 1930).

GATÉ. — Remarques sur le traitement des ulcères de jambe par l'insuline à propos de dix-neuf cas. — (*Journal de médecine de Paris*, n° 17, 24 avril 1930).

GAUCHER. — Leçons sur les Maladies de la peau, 1808.

GERSON. — *Journal de médecine de Paris*, ns F, LG fév. 1938.

GOUGEROT. — *Paris médical*, 10 déc. 1921, n° 50.

— *Ann. des maladies vénériennes*, mars 1935.

— *Journal des praticiens*, 15 déc. 1928, n° 50.

— *Presse médicale*, 2 janv. 1932, n° 1.

— *Soc. fr. de derm. et de syph.*, 12 mai 1932.

GOUGEROT et P. BLUM. — *Soc. fr. derm. et syph.*, 2 avril 1925, 10 juillet 1930.

GOUGEROT et BROUET. — *Soc. fr. derm. et syph.*, 13 fév. 1936, 12 mars 1936.

GOUGEROT, CIVATTE et COTTU. — *Soc. fr. derm. et syph.*, 10 déc. 1936.

H. HERMANN et E. P. PAZ. — Consideraciones acerca de la obliteracion artificial de los varices por medio de derivados de l'acete de higato de baalao. (*Prensa med. argent.*, 24 : 1572-1578, II aug. 1937).

JEANSELME. — Des dermites et de l'éléphant. conséc. aux ulcér. et à l'eczéma des membres inf. (Thèse Paris, 1888).

E. KRIEG. — Die Beeinflussung des Krampfaderleidens durch vitamin BI (*München. med. Wchnschr.*, 85 : 9-11, 7 janv. 1938).

J. LAMORIL. — Ulcère variqueux géant guéri par la méthode ambulatoire. (*J. des sc. méd. de Lille*, 30 juin 1934, n° 26).

LECHNIR. — Traitement ambulatoire des ulcères de la jambe par le « Sama varix ; — Binole ». (*Munchener med. klin.*, 5 juillet 1935, p. 1078).

LEFEVRE. — L'insulinothérapie dans les ulcères de jambe. (*Thèse de Lyon*, 1930-1931).

C. LEFRANÇOIS. — Le traitement chirurgical des ulcères de jambe par la sympathectomie péri-artérielle et les greffes. (*Union Médicale du Canada*, n° 3, mars 1936).

R. LERICHE et R. FONTAINE. — Radiodermite ulcéreuse datant de 16 ans: Sympathectomie péri-artérielle et greffes ; guérison. (*Lyon Chirurg.*, 30 : 107-108, janv.-fév. 1933).

R. LERICHE, R. FONTAINE et R. MAÎTRE. — Résultats éloignés du traitement des ulcères de jambe par les opérations sympathiques combinées aux greffes cutanées d'après 52 observations. (*Journal de Chirurg.*, n° 5, mai 1935).

LOBEN. — Sur le traitement ambulatoire de l'ulcère de la jambe. (*Deutsche med. wochenchr.* 21 mai 1937, p. 83).

LOUVEL J. — Du pansement insuliné sucré dans le traitement des plaies atones et des ulcères. (*L'année médicale de Caen et de Basse-Normandie*, n° 4, avril 1930, p. 1).

S. C. LYONS et C. B. BREWSTER. — Treatment of varicose veins and varicose ulcers by injection of sclerosing solution. (*Nerv. Orléans M. et S. J.* 83 : 287-293, nov. 1930).

MARX. — Traitement ambulatoire d'ulcère de jambe. (*Brun's beitr. z. klin chirurgie*, F. 2, 16-8-33).

M. NÉRET. — L'huile de flétan dans les ulcères de jambe. (*Le répertoire médical pratique*, n° 128, oct. 1937).

A. OCHSNER et M. C. SMITH. — Use of vitamine BI for relief of pain in varicose ulcers. — (*J. A. M. A.* 114 : 947-948, march. 16-1940).

PAUTRIER L. M. et Mlle ULMO. — Vastes ulcères de jambe datant de 14 ans et guéris en 20 jours par la pommade à l'insuline. (*Réunion dermat. Strasbourg*, 13 novembre 1927, pp. 826-827).

PAUTRIER, AMBARD, SCHMID et LÉVY. — Ulcère de jambe guéri par l'insuline chez une hyperglycémique sans glycosurie et ulcère de jambe guéri par l'insuline chez une malade à glycémie normale. (*Bull. de la société française de dermat.*, 1925, n° 3, 18 janvier, p. 52).

PAUTRIER, A. BARD, SCHMIDT et LÉVY. — Ulcération atone guérie par l'insuline chez une malade à glycémie normale. (*Bull. société fr. de dermat.*, 1924, n° 4, 8 mars 73).

PAUTRIER et LEVY. — Ulcère de jambe guéri par l'insuline chez une malade hyperglycémique sans glycosurie et ulcère de jambe guéri par l'insuline chez une malade à glycémie normale. (*Réunion dermat. Strasbourg*, janvier 1925).

- PAUTRIER, SCHMID et ROBERT. — Guérison d'un ulcère de jambe chez une malade par le pansement local à d'insuline en poudre. (*Bull. de la Société franç. de dermatologie*, XXV, 1925, n° 6, 10 mai, p. 132).
- R. T. PAYNE. — Hunterian lecture on the treatment of varicose veins varicose ulcers by injection. (*The Lancet*, n° 3.529, vol. CCXVII, août 1929, p. 313).
- PETERS. — Zur ambulanten Behandlung des Ulcera cruris. (*Munchen med. chnschr.* 80 : 25 ; B-I-1933).
- J. PONTET. — Contribution à l'étude du traitement ambulatoire des ulcères variqueux. (*Thèse de Paris* ; 1935, libr. Lipschutz, Paris).
- G. POULSON. — Injection Therapy et ambulatory conservative therapy of varicose veins et ulcers of leg. (*Ugesk. f. laeger* 95 ; 104-119, 26-1-1933).
- C. PREVOT. — Traitement des ulcères variqueux par des injections intra-musculaires de cyanure de mercure. (*La Presse Médicale*, n° 43, 27-5-36).
- QUISERNE P. — A propos du traitement des ulcères variqueux. La médication pancréatique. Son action locale et générale. (*La Vie Méd.*, 10 juin 1930).
- RAMEL. — *Rev. méd. de la Suisse romande*, LIII, n° 8, juin 1933.
- G. RODRIGUEZ, GUERRERO, A. BIGATTI. — La cola de zinc de Unna en las ulceras varicosas. (*Rev. Asoc. Med. Argent.* 50 : 2063-2066, déc. 1936).
- J. ROUSSET. — Le traitement ambulatoire des ulcères de jambe. (*Journ. de med. et de chir. prat.* 24-23, 23-12-33).

SANCHIS PERPINA. — Varices y sistema nervioso simpático. (*Arch. F. Klin Chir.* 182 : 764-782, 1935. Also *Progresos de la Clin.* 43 : 657-668, octobre 1935).

H. J. SCHMITZ. — Praktische Erfahrungen mit ambulant in de Sprechstunde ausgeführter Varizenverödung. (*Dermat. Wchnschr.* 99 : 1646-1648, 22-12-34).

C. W. SERVICE. — Of leg ulcers ; use of zinc oxide jelly, modification of Unna'paste. (*China M. J.* 43 : 111-117, février 1929).

R. SIMONS. — Ambulant therapy of varices. (*South african M. J.* 12 : 3 7-351, 28-5-38 (en hollandais).

F. L. SMITH. — Skin graft for embulatory patient. (*Am. J. Surg.* 41 : 67-69, juil. 1938).

E. F. SOLARIS. — Varices y úlceras varicosas de las piernas consideraciones sobre su tratamiento posmedio de la asociación de las inyecciones esclerosantes a los vendajes enfomados. (*Semana Méd.*, 1 : 145-146, 14-I-1937).

STOBAERTS. — Traitement par la méthode ambulatoire des ulcères variqueux chez les vieillards. (*Soc. méd. anatomo-clin. de Lille*, sce du 23 janv. 1934. IN. *Journ. des sc. méd. de Lille*, fév. 1934).

TOURAINE. — *Soc. fr. dermat. et syph.* N° spécial, 1937.

R. TOURNAY. — L'éponge de caoutchouc, adjuvant précieux du traitement ambulatoire des ulcères variqueux. (*Soc. méd. des praticiens*, n° 9, sept. 1934, sce du 15 juin 1934).

A. TZANCK et Mme M. L. NÉRET. — Ulcères de jambe traités localement par l'huile de foie de morue (flétan) vitamine A (*Bull. Soc. franç. de dermat. et syphil.*, 44 : 993-998, june 1937).

UNNA. — Zur Kenntniss des Lanolins I et II (*Therap. Monatsh.*, Berlin, 1890).

— Zur Kenntniss des Lanolins. III. Lanolin als Vehikel von sauren und salzhaltigen Flüssigkeiten. (*Therap. Monatsh.*, Berlin, 1890, IV).

— Elastin und Elacin (*Monatsh. f. prakt. Dermat., Hamburg et Leipzig*, 1894, XIX).

— Die spezifische Färbung des Kollagens. (*Monatsh. f. prakt. Dermat., Hamburg u. Leipzig*, 1894, XVIII).

— Basophiles Kollagen, Kollastin und Kollacin. (*Monatsh. f. prakt. Dermat., Hamburg u. Leipzig*, 1894, XIX).

— Keratohyalin. (*Monatsh. f. prakt. Dermat., Hamburg u. Leipzig*, 1895, XX).

UNNA P. G. — Thérapeutique générale des maladies de la peau. (Trad. d'après la 4^e éd. allemande, Paris, Alcan, 1908).

VARTANIAN. — Traitement des ulcères variqueux par la méthode de Unna. (Thèse Paris, 1909-1910).

X. — Traitement ambulatoire des ulcères variqueux. (*Soc. de dermatol. de Nancy*, réun. du 14-12-1929. in. *Les sciences méd.*, 1934, 30 sept.).

X. — Le traitement des douleurs des ulcères variqueux par la vitamine B. — (*Presse médicale*, n° 51-52, 5-8 juin 1940).

Imp. spéciale de la Librairie Le François, 91, bd St-Germain, Paris.
